**Text

Description automatically generated with low confidence**A picture containing graphical user interface

Description automatically generated

**FORMULARIO DE INFORMACION DEL NIÑO/JOVEN (REV 10.2022)**

**Apellido del niño/joven** **Nombre**  **Segundo nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento** (mes/día/año)  **/ /**

**Sexo del menor**   Masculino  Femenino  No binaria/No binario l Otra/Otro  Prefiero no decirlo

**Dirección**  **Ciudad**  **Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre completo del padre, madre o guardián del niño/joven** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono principal del padre, madre o guardián ( )**  **-** **¿Es este un celular/teléfono móvil?**  Sí  No

**Correo electrónico del padre, madre o guardián del niño/joven** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*The Children’s Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children’s Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.*

**Número del ID de MDCPS #**  Sin ID de MDCPS

***TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS O CHARTER DEBEN TENER UNA IDENTIFICACIÓN DE LA ESCUELA.***

**Escuela actual del niño/joven** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el nivel de grado actual del niño/joven (Pre-K- 12th)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Es el niño/a competente en inglés?**  Sí  No

**Otros idiomas que se hablan en su hogar  Español  Haitiano-Creole  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ninguno**

**Origen étnico del menor**  **Hispano**  **Haitiano**  **Otro, por favor explique**

**Raza del niño/joven** (Por favor, seleccione solo una):

Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano

Originario de las Islas del Pacífico  Blanco  Multirracial  Otro

**Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a)...**

**¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen**

|  |  |
| --- | --- |
| Habla y se le entiende fácilmente  Habla, pero es difícil entenderle  Usa dibujos o una pizarra para comunicarse | Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño/entrecejo o parpadear  Usa lenguaje de señas  Usa sonidos que no son palabras, como risa, llanto o gruñidos |

**¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)**

|  |  |
| --- | --- |
| Terapia o servicios de conducta  Consejería para problemas emocionales  Medicación diaria (no incluye vitaminas)  Terapia ocupacional (OT) | Terapia física (PT)  Servicios de educación especial en la escuela  Terapia de habla/lenguaje  Ninguna de las anteriores |

**¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)**

|  |  |
| --- | --- |
| Desorden del espectro autista  Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años)  Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años)  Discapacidad auditiva o sordera  Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar)  Condición médica o enfermedad | Discapacidad o impedimento físico  Problemas de agresividad o de temperamento  Problemas de atención e hiperactividad (ADHD)  Problemas de depresión o ansiedad  Condición del habla o del lenguaje  Discapacidad visual o ceguera  Ninguna de las anteriores |

Si marcó “Ninguna condición con duración de un año o más” en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

**¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer?**  Sí  No

**Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional?**

No necesita ayuda específica

Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas

Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas

Controlar los sentimientos y la conducta

Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura

Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva

Usar dispositivo(s) de asistencia como silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador

Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa

Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a)**

**¿Tiene el menor seguro de salud** (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)**?**  Sí  No

***Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children’s Trust,***

***Por favor llame al 211 o visite*** [***www.thechildrenstrust.org***](http://www.thechildrenstrust.org)***. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite*** [***www.advocacynetwork.org***](http://www.advocacynetwork.org) ***o*** [***www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities***](http://www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities)***.***

**Doy mi permiso para que esta información se envíe a The Children's Trust para propósitos de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona fondos para el programa y sigue estrictas protecciones de privacidad de datos para la información compilada (por ejemplo, siguiendo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia/FERPA).**

**FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN**  **FECHA**

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL (*INFORMACIÓN INDISPENSABLE*)**

ORGANIZACIÓN: ESTABLECIMIENTO (SITE):

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen):  Dep Syst  Delin